

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز سلامت محیط و کار

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان مرکز بهداشتی درمانی (شهری □ روستایی □) پایگاه بهداشت □ خانه بهداشت □ نام

فرم بازرسی بهداشت حرفه ای از کارگاه های چندواحدی

اطلاعات عمومی	کد پستی ده رقمی کارگاه
نام کارگاه..... نام کارفرما..... کد ملی کارفرما نوع مالکیت: خصوصی □ دولتی □ سایر □ مجوز فعالیت: دارد □ ندارد □ صادره از تاریخ راه اندازی / / 13 آدرس: تلفن کارگاه..... نامبر..... تلفن همراه:..... ایمیل کارفرما: نوع کارگاه: (خانگی □ غیر خانگی □) دائمی □ فصلی □ نوع فعالیت: خدمات □ صنعت □ معدن □ کشاورزی □ نام محصول اصلی: سه نوع از مواد اولیه اصلی: 1- 2- 3- درجه خطر کارگاه: یک □ دو □ سه □ مشاغل خاص □ کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار: شامل می شود: بلی □ خیر □ (دارد □ ندارد □) تشکیلات بهداشتی موجود: ایستگاه بهگر □ خانه بهداشت کارگری □ مرکز بهداشت کار □	

1- تعداد شاغلین کارگاه به تفکیک جنس و شیفت کار		2- توزیع تعداد شاغلین بهره مندان از خدمات بهداشت حرفه ای به تفکیک نوع خدمت و واحد ارائه دهنده آن				
شیفت	نوبت 1		نوبت 2		نوبت 3	
	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	نوع خدمت	نوع واحد
جنس	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	اندازه گیری و کنترل عوامل زیان آور	نام و نوع مجوز:
مرد					آموزش	
زن					معاینات شغلی	
جمع					مرد	
					زن	

3- تأسیسات و تسهیلات بهداشتی (ماده 156 قانون کار) و مراقبت بهداشتی											
عنوان	نوبت 1	نوبت 2	نوبت 3	عنوان	نوبت 1	نوبت 2	نوبت 3	عنوان	نوبت 1	نوبت 2	نوبت 3
1 آب آشامیدنی				8 آشپزخانه				عنوان			
2 دستشویی				9 سالن غذاخوری				عنوان			
3 توالت				10 تعداد شاغلینی که با مواد غذایی سر و کار دارند				عنوان			
4 حمام / دوش				11 تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی				عنوان			
5 رختکن و کمد لباس				12 جعبه کمکهای اولیه				عنوان			
6 زباله				راهنمای جدول 3:				عنوان			
7 فاضلاب				در صورت مناسب بودن از علامت ✓ و در صورت نامناسب بودن از علامت ✗ استفاده شود.				عنوان			

ملاحظات و نظریه کارشناس - نوبت 1	ملاحظات و نظریه کارشناس - نوبت 2	ملاحظات و نظریه کارشناس - نوبت 3
نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / 13 امضاء: نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:	نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / 13 امضاء: نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:	نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / 13 امضاء: نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:

نام واحد 1:نوع فعالیت.....تعداد کارگر..... نام واحد 2:نوع فعالیت.....تعداد کارگر..... نام واحد 3:نوع فعالیت.....تعداد کارگر.....

4 - تأسیسات بهداشتی و عوامل زیان آور محیط کار (مواد 156 و 91 قانون کار)									نوبت 1			نوبت 2			نوبت 3		
									3	2	1	3	2	1	3	2	1
1- آیا ساختمان و فضای این واحد مناسب است؟ (الف) بله (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد																	
2- آیا تهویه عمومی این واحد مناسب است؟ (الف) بله (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد																	
3- آیا در این واحد صدای زیان آور وجود دارد؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب																	
4- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با صدا قرار دارند، وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد																	
5- آیا در این واحد عامل زیان آور ارتعاش وجود دارد؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب																	
6- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با ارتعاش قرار دارند، وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد																	
7- آیا وضعیت روشنایی این واحد نامناسب است؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- مطلوب است																	
8- آیا در این واحد پرتوهای زیان آور وجود دارد؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب																	
9- در صورت وجود پرتوهای زیان آور نوع پرتو را به تفکیک مشخص کنید: یونیزان: (a) ایکس (b) گاما (c) آلفا (d) بتا غیر یونیزان: (e) ماوراء بنفش (f) مادون قرمز (g) مایکروویو (h) امواج رادیویی (i) امواج مغناطیسی																	
10- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با پرتو قرار دارند، وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد																	
11- آیا در این واحد استرس های حرارتی زیان آور وجود دارد؟ در صورت وجود نوع آن را تعیین کنید: O گرما و رطوبت O سرما (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب																	
12- آیا در این واحد عامل زیان آور شیمیایی وجود دارد؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب																	
13- در صورت وجود عامل زیان آور شیمیایی، نوع آن را تعیین کنید؟ آتروسول: (a) سیلیس (b) سرب (c) جیوه (d) آزبست (e) آرسنیک (f) کادمیوم (g) نیکل (h) کرم (i) سایر گاز و بخار: (j) بنزن (k) تولوئن (l) ترانپلین (m) فرمالدهید (n) مونوکسید کربن (o) تتراکلرید کربن (p) اسید (q) باز (r) سایر																	
14- تعداد شاغلین در مواجهه با سیلیس، سرب و جیوه در صورت وجود به تفکیک ثبت شود:									سیلیس								
									سرب								
									جیوه								
15- آلاینده های شیمیایی با چه روشی کنترل شده است؟ (الف) تغییر پروسه O (ب) جایگزینی و حذف O (ج) تهویه عمومی O (د) تهویه موضعی O (ه) کنترل نشده O (و) موضوعیت ندارد																	
16- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با آلاینده های شیمیایی قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد																	
17- آیا شاغلین این واحد در مواجهه با عوامل بیولوژیکی زیان آور قرار دارند؟ (الف) بله - (تعداد افراد در معرض ثبت شود) (ب) خیر																	
18- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با آلاینده های بیولوژیکی قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد																	
19- آیا ایستگاه های کار نامناسب بوده و شاغلین در وضعیت بدنی نامناسب کار می کنند؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با اصلاح در سال جاری (ج) خیر- با اصلاح در سال های قبل (د) خیر- مطلوب است																	
20- آیا شاغلین این واحد از ابزار کار نامناسب استفاده می کنند؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با اصلاح در سال جاری (ج) خیر- با اصلاح در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب																	
21- آیا در این واحد حمل دستی بار بصورت نامناسب انجام می شود؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با اصلاح در سال جاری (ج) خیر- با اصلاح در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب																	
22- مجموع تعداد شاغلین در مواجهه با عوامل زیان آور شغلی این واحد چند نفرند؟																	